

PSIHOSOMATSKA MEDICINA, mesto in pomen. Uvod v delavnico.

Uvod

Psihološki faktorji pri nekaterih bolnikih v določenih primerih vplivajo neposredno ali posredno na telesne motnje in simptome.¹

Kadar so psihični, čustveni ali mentalni dejavniki bolj verjetni vzrok telesnih simptomov kot organski dejavniki, govorimo o psihosomatski, včasih tudi o psihofiziološki etiologiji.²

Izraz psihosomatika označuje odnos med umom in telesom ob prisotnosti telesnih simptomov.^{1,2}

Povezava deluje v obe smeri: v biopsihosocialnem modelu se npr. depresija lahko pojavi kot psihološka reakcija na telesno bolezen, še posebno v stresnih okoliščinah.^{1,3}

V to kategorijo ne spadajo telesne motnje, ki imajo kompleksno ali multifaktorsko organsko etiologijo.¹

Bolniki pogosto opisujejo težave, ki jih ne moremo opredeliti z jasno organsko etiologijo, patofiziološka definicija pogosto ni jasna, zato jih opredelimo pod pojmom »medicinsko nepojasneni simptomi«. Zanje je značilno, da bolniki tožijo za telesnimi simptomi, s številnimi preiskavami ne najdemo jasnega organskega vzroka.⁴

Pri tem moramo biti pozorni v primeru, da z neko preiskavo vendarle najdemo odstopanje od normale,⁵ ki pa ne predstavlja vzroka težav, temveč naključno najdbo.

V ameriški raziskavi so leta 1986 analizirali 41 bolnikov, ki so imeli več vrst nepojasnjenih simptomov, bili so deležni kirurških operacij in dragih preiskav, ki so bile negativne, kljub temu so v povprečju sedem dni na mesec bolni ležali v postelji. Tožili so za vsaj 14 različnimi simptomi, najpogosteje so opisovali bolečino v prsih, palpitanje, napenjanje v trebuhu, vrtoglavico, slabost in težko dihanje. Stroški zdravljenja v bolnišnici so bili 6-krat višji za tovrstnega bolnika glede na povprečnega bolnika, 14-krat višji izdatki za zdravniške preglede, izdatki za zdravstvene usluge so bili 9-krat višji na letnem nivoju. Menili so, da bi veliko prihranili, če bi se ob novih simptomih osebni zdravnik z njimi pogovoril tudi o občutkih in čustvih, predno bi jih poslal na nove preiskave.⁶

V drugi raziskavi, objavljeni leta 2005 so ugotovili, da je 20.5% bolnikov s somatizacijami. Stroški zdravljenja pri takem bolniku so bili dvakrat višji kot pri bolniku brez somatizacij.⁷

Stres in njegov vpliv

Kadar najdemo pri bolniku stresogene dejavnike kot sprožilce ali ojačevalce telesnih simptomov, moramo bolnika že na primarnem nivoju spodbujati k zdravemu načinu življenja,

krepi bolnikovo odpornost na stres, ga spodbujati k telesni aktivnosti in mu predlagamo, da najde zunanjo oporo.^{3,8}

Psihični stres povzroča številne spremembe v organizmu, med drugim:⁹ poveča koagulabilnost krvi, aktivacijo trombocitov, naraste fibrinogen, hemokonzracija. V srcu povzroči vazodilatacijo koronark, toda ob že prisotni endotelijski disfunkciji nastane vazospazem koronark. Pri mentalnem stresu je ishemija okvarjenega miokarda večja kot pri telesni obremenitvi (pojavi se ob nižjem dvojnem produktu). Mentalni stres povzroči podaljšano vazokonstrikcijo v področju mikrocirkulacije.⁹

Stresna kardiomiopatija na začetku odlično posnema akutni koronarni sindrom (prsna bolečina, dušenje, EKG, troponin), v bistvu pa gre za dve povsem različni bolezni.⁹

Anksioznost in depresija

To sta najbolj pogosti motnji, ki ju obravnavamo na primarnem nivoju,^{3,4,10} pogosto pojasnita t.i. medicinsko nepojasnjene simptome.¹⁰

Pri anksioznosti opazujemo naslednje telesne simptome: omotico, vrtoglavico, glavobol, motnje ravnotežja, bolečino v prsnem košu, hitro ali neredno utripanje srca, cmok v grlu, suha usta, dispnejo, slabost, drisko, bolečine v trebuhu, mravljinčenje in zbadanje, mišično napetost, znojenje, zardevanje ali bledico, tresenje in vznemirjenost.¹¹

Največji napredek v zadnjih letih smo zagotovo dosegli na področju zdravljenja depresije. Zdravniki vseh nivojev morajo prepoznati znake depresije, več prepoznanih pripelje do več zdravljenih in s tem do manjših posledic.^{12,13,14}

Od telesnih znakov depresije opazujemo³ bolečine, utrujenost, mravljince, stiskanje v prsih, razbijanje srca, dušenje, nemoč. Depresija pogosto privede do spremembe telesne teže, pogosteje zmanjšanje, redkeje povečanje, motnje spanja, motnje libida in potence, menstrualnega ciklusa. Depresivna oseba lahko običajne dražljaje zaznava kot neprijetne, pogosto opisujejo motnje gastrointestinalnega sistema, srčnožilnega sistema¹⁵ in respiratorno simptomatiko.^{3,11} ter spolno disfunkcijo.¹⁶

Z depresijo so lahko povezane izguba vida, socialna izolacija, napake pri medikaciji.¹⁷

Starostniki težave le redko povezujejo z duševnimi motnjami, raje se pritožujejo zaradi telesnih težav, kot so: težave s prebavo, glavoboli, bolečine v sklepih in mišicah.^{18,19}

Pri otrocih moramo ločiti depresijo od običajne žalosti in potrnosti.¹⁸

V newyorški raziskavi iz l. 2008 so ugotovili, da so starejši bolniki o depresiji sami spregovorili v 7,3 % primerov ob obisku zdravnika. Zdravnikova angažiranost je odstotek dvignila za 41 %, bolniki so se o njej pogovarjali v 48 % obiskov.²⁰

Leta 2009 objavljena raziskava razmejuje somatizacije in depresijo. Kadar so v ospredju telesni simptomi depresije, je depresija pogosto nediagnosticirana.^{14,19} Pri 43% anketiranih

starostnikov so ugotovili tako somatizacije kot depresijo, pri 12 % depresijo brez telesnih simptomov, pri 21 % telesne simptome (somatizacije) brez depresije.¹⁹

Pri nekaterih oblikah depresije so v ospredju klinične slike bolečine in šele z aktivnim iskanjem (vprašalnikom) najdemo druge značilnosti depresije.^{14,17} Take simptome zdravimo v prvi vrsti z antidepresivnimi zdravili,^{3,14} s protibolečinskimi zdravili v teh primerih je potrebno biti skrajno previden.¹⁴

Depresija in bolečina imata nekatere skupne nevrottransmitterske poti (noradrenalinski in serotoninški sistem).^{12,14,15} Poleg depresije tudi generalizirana anksiozna motnja in somatizacija pomembno vplivata na doživljanje bolečine, ter seveda strokovno vodenje in obravnava takega bolnika.^{10,14,21}

Psihosomatika v Evropi

Zasnovo za pričujočo temo prenašamo iz delavnice Psihosomatika v splošni medicini, ki je potekala v okviru 15-te evropske konference Wonca v Baslu septembra 2009 v izvedbi Švicarske akademije za psihosocialno in psihosomatsko medicino (SAPPM).²¹

Vsako drugo leto poteka Evropska konferenca za psihosomatske raziskave (European Conference of psychosomatic research), 26-ta po vrsti leta 2006 je potekala v Dubrovniku na Hrvaškem (<http://www.hdpi.hr/program.pdf>), 28. konferenca bo potekala v Innsbuku v Avstriji letos na temo Psihosomatska medicina na različnih medicinskih nivojih – od osnovnega zdravstva do specializacije (<http://www.eaclpp-ecpr2010.org/cms/>).

Psihosomatika pri onkoloških bolnikih

Pri zdravljenju onkoloških bolnikov so več desetletij opazovali razlike pri bolnikih z enakim izhodiščnim stanjem bolezni: praviloma so imeli ugodnejši potek tisti, ki so se aktivno vključili v zdravljenje, ki so bili optimistični in polni življenjskih ciljev.^{3,13}

Dolgotrajna negativna čustvena razpoloženja domnevno povečajo možnost za nastanek telesnih bolezni.¹³ Leta 1960 je potekala prva konferenca Mednarodne delovne skupine za psihosomatske raziskave raka (International Psychosomatic Cancer Study Group), naslednja konferenca v organizaciji Akademije znanosti v New Yorku leta 1968 je izpostavila potrebo po sodelovanju strokovnjakov z različnih področij. Tako so leta 1984 v okviru Onkološkega inštituta v Ljubljani ustanovili oddelek za psihoekologijo,¹³ ki omogoča multidisciplinarni pristop pri zdravljenju onkoloških bolnikov v Sloveniji.

Diagnoza raka sproži stresni odgovor.³ Strah bolnikov z rakom je podoben pri vseh bolnih, prizadetost, ki jo ob tem kažejo, pa se močno razlikuje od bolnika do bolnika. Omenjene razlike so odvisne od treh poglavitnih dejavnikov, ki vplivajo na bolnikove reakcije: značilnost telesne bolezni, psihološki dejavniki pri bolniku in socialne okoliščine.³

Internistični primer

Kot primer psihosocialnega ozadja na potek bolezni navajam primer 78-letne internistične bolnice, ki je bila predstavljena na 48. Tavčarjevih dnevih, z ekstremno hiponatriemijo (100

mmol/l) s posledično prizadetostjo ekstrapiramidne proge, ki »je bila verjetna posledica neustreznega izločanja antidiuretičnega hormona (SIADH) ob jemanju antidepresivov in psihičnega stresa ter uporabe tiazidnega diuretika ob pretiranem pitju vode zaradi predvidene rektoskopije.«²⁴

Težaven bolnik

Zdravnik pričakuje »urejenega bolnika, ki se pritožuje v zmernih besedah in v razumnem razmerju do dokazljive patologije. Telesno motnjo opisuje s telesnimi znaki, čustveno pa s psihološkim jezikom.«⁸

Bolniki s psihosomatsko etiologijo težav se pogosto ne vedejo na ta način.^{4,8}

Kadar se pritožba bolnika nanaša na težave, ki jih ne moremo uvrstiti v poznane biomedicinske sheme, se lahko srečamo s t.i. težavnim bolnikom.^{4,21}

Tak bolnik se bo paviloma vračal v ambulanto toliko časa, dokler se ne bomo lotili problema, ki bolniku predstavlja subjektivni vzrok in vpliva na motivacijo za določeno obnašanje.^{4,5,10}

Bolnik s svojimi pričakovanji pogosto vpliva na zdravnika²³, da mu predpiše neko zdravilo ali ga napoti na dodatno preiskavo tudi v primeru, ko je prepričan, da bolnikovi simptomi ne govorijo v prid bolezenski motnji.

Dokler ne odkrijemo pravega vzroka in ne ukrepamo ustrezno, se lahko isti bolnik vrača z vedno novimi telesnimi simptomi oz. pritožbami.^{5,6}

ZAKLJUČEK

Simptome in motnje, pri katerih gre za pomembno psihosomatsko povezavo med človekovimi čustvenimi, mentalnimi in psihičnimi stanji s telesnimi simptomi, najdemo v naslednjih skupinah motenj po Mednarodni klasifikaciji bolezni: anksiozne motnje, depresivne motnje, somatizacijska motnja, nediferencirana somatoformna motnja, hipohondrična motnja, somatoformna avtonomna disfunkcija, trajno somatoformna bolečinska motnja, neopredeljeno somatoformna motnja, mnoge druge bolezni, ki imajo močno čustveno ozdaje (npr. gastritis), čeprav gre za organska obolenja.

Verjetno bomo priča novim opredelitvam motenj, ki bodo sistematizirale tudi t.i. medicinsko nepojasnjene simptome in druge psihosomatske povezave.²⁷

Družinski zdravnik ima idealno priložnost ukrepati zgodaj.

Zdravnik se mora zavedati treh pasti, ko načrtuje ukrepanje pri bolnikih s somatizacijami, izogibati se mora: uvrstitve bolnikovih težav v model organske bolezni, opredelitve, da gre za psihiatrično motnjo in komentarja, da je bolnik popolnoma zdrav.^{10,25,26,27}

Bolnik se ne počuti dobro. V komunikaciji z njim moramo vključiti pogovor o čustvih bolnika (actually emotional communication)⁶ oz. psihosocialni pogovor (psychosocial talk).^{10,28} Potreba po dodatnih preiskavah in po uporabi zdravil se je zmanjšala z dolžino časa, ko je bolnik lahko govoril o čustvenem vidiku svojih simptomov.²⁸ Razlaga o tem, da so preiskave

negativne, tovrstnega pacienta ne pomirijo.²⁹ Bolnik želi dodatne preiskave, da dokaže svoje simptome.²⁸ Ko bolnika aktivno vključimo v proces zdravljenja, že delujemo psihoterapevtsko,¹³ pogovor naj bo orientiran na bolnika.²⁹ Zdravnik ob takem bolniku lahko zapade v negativna čustva.^{28,29} Bolnik in zdravnik vsak s svoje strani osvetlita simptome, upoštevajoč biološke in psihološke dejavnike, pogovor naj steče tudi v smeri, kako s temi simptomi živeti.¹⁰ Pošiljanje na nepotrebne^{28,29,30} dodatne preiskave ali predpisovanje zdravil^{10,28} za nejasne simptome v bolnikih ustvarja napačno predstavo, kako naj rešuje svoje težave.¹⁰ Ko bolnika soočimo z njegovimi občutki, čustvi, ko pojasnimo morebitno biološko osnovo⁸ simptomov (napenjanje,²⁹ stres^{9,18}) ali pravilno zdravimo temeljno motnjo (anksioznost, depresijo),^{10,31} človeku omogočimo, da aktivira svoje moči,¹⁸ ki jih ima, okrepi zdrav življenjski slog,²⁶ si v okolju najde neko oporo.⁸ Zdravnik se bo potem lažje odločil, katere preiskave bolnik potrebuje za izključitev bolezni, pri tem bolnika ne bo po nepotrebem izpostavljal tveganju za iatrogene posledice na zdravje.^{10,27,28,29} Vsak član zdravstvenega tima, ki obravnava določenega bolnika, naj bi pri zdravljenju bolnika deloval psihoterapevtsko^{12,13} tako, da upošteva tudi psihosomatske in psihosocialne razsežnosti bolezni.^{13,10,28}

Lado Golouh, dr. med.

LITERATURA:

1. Beers MH, Berkow R. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 17th ed. Merck Research Laboratories; 1999. p. 1505-1507.
2. Dorland's Illustrated Medical Dictionary. 28th ed. Philadelphia. W.B. Saunders Co; 1994.
3. 2. Milakić-Snoj Z. Prepoznavanje depresivnosti in anksioznosti pri bolnicah z rakom dojke (doktorska dizertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2008.
4. Ivetić V. Medicinsko nepojasnjeni simptomi in sočasne bolezni. In: Kersnik J, Iljaž R. Sočasne bolezni in stanja. Ljubljana. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005. p. 261-8.
5. Švab I. Težavni bolnik in njegov zdravnik. In: Švab I, Rotar-Pavlič D. Družinska medicina. Ljubljana. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002: 619-23
6. Smith RG, Monson RA, Ray DC. Patients With Multiple Unexplained Symptoms: Their Characteristics, Functional Health, and Health Care Utilization. Arch Intern Med 1986;146(1):69-72 Dosegljivo na:
<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/146/1/69?ijkey=9f32f121e446b45278afa06ac28bdba2d165d62>
7. Barsky J, Orav EJ, Bates DW. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:903-910. Dosegljivo na:
<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/62/8/903?ijkey=1e625c3a90d3354fc040a964b4d48b5320e94a30>
8. Rotar-Pavlič D. Družina in stres. In: Švab I, Rotar-Pavlič D. Družinska medicina. Ljubljana. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002; p. 380-8.
9. Starc R. Stres in bolezni. Ljubljana. Sirius; 2007.
10. Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2008;336:1124-1128. Dosegljivo na:
<http://www.psychiatrische-expertise.nl/file.php?id=67>
11. Omejc Demšar L, Groleger U, Marušič A. IVZ RS. Tesnoba Anksioznost, lahko jo prepoznam in premagam. Ljubljana. IVZ RS; 2006.

12. Marušič A, Roškar S. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana. DZS; 2003.
13. Vegelj-Pirc M. Psiho-onkologija. In: Med Razgl 1987; 26: 449-458.
14. Kocmur M. Depresija in bolečina. In: Turk H, Stepanovič A. IX. Fajdigovi dnevi; 2007 Oct. 26-27; Kranjska gora, Slovenija. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2007; 5:67-69
15. Kersnik J, Turk H, Stepanovič A. Depresija in kardiovaskularne bolezni, bolečina pri bolnikih z rakom, dejavniki tveganja za srčnožilne bolezni, osteoporoza, nespečnost, debelost. VIII. Fajdigovi dnevi; 2006 Oct 20-21; Kranjska Gora, Slovenija. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2006; 8: 3-7.
16. Prosnik A. Depresivnost in anksioznost pri osebah z erektilno disfunkcijo (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, 2008.
17. Pelletier AL, Thomas J, Shaw FR. Vision loss in older persons. Am Fam Physician 2009; 79: 963-70.
18. Dernovšek MZ, Gorenc M, Jeriček H, Tavčar R, Konec Juričič N. Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2006.
19. Bogner HR, Shah P, de Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. Care Companion J Clin Psychiatry 2009;11(6):285-91. Dosegljivo na:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805563/pdf/pcc11285.pdf>
20. Adelman RD, Greene MG, Friedmann E, Cook MA. Discussion of depression in follow-up medical visits with older patients. Am Geriatr Soc 2008; 56(1): 16-22.
Dosegljivo na:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18184203?ordinalpos=77&itool=Email.EmailReport.Pubmed_ReportSelector.Pubmed_RVDocSum<13.9.2009>
21. Manchikanti L, Fellows B, Singh V. Understanding psychological aspects of chronic pain in interventional pain management. Pain Physician 2002; 5(1):57-82. Dosegljivo na:
<http://www.painphysicianjournal.com/2002/january/2002;5;57-82.pdf>
22. Langewitz W, Loeb P. Psychosomatic in general practice – an appetizer. In: Swiss Med Wkly 2009; 139 (Suppl 175): 4.
Dosegljivo na: <http://www.smw.ch/docs/PdfContent/smw-12931.pdf>
23. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. BMJ 2004;328:1057. Dosegljivo na:
<http://www.bmj.com/cgi/reprint/328/7447/1057?ijkey=b0c3d1a9d1606273f6c30163521d2e30dc0b980a>
24. Grad A, Kojovič M, Rot U, Mofradin S, Pirtošek Z. Nevrološke zaplete hiponatremije lahko uspešno zdravimo z dopaminergičnimi pripravki. In: Fras Z, Poredoš P. 48. Tavčarjevi dnevi, zbornik prispevkov. 2006 Nov 3-4; Portorož, Slovenija 2006. Ljubljana: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Ljubljana; 2006. p.373.
25. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth A. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997;42:245-52 Dosegljivo na:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T8V-3RJ9DSK-4-2&_cdi=5096&_user=4776866&_pii=S0022399996002929&_orig=search&_coverDate=03%2F31%2F1997&_sk=999579996&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkWA&md5=93565c205612e37a8b362f9e52422ecc&ie=/sdarticle.pdf

26. Dernovšek MZ, Mišček I, Jeriček H, Tavčar R. Skupaj premagajmo depresijo, priročnik za vodje delavnic in predavatelje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2005
27. Van Dieren Q, Vingerhoets AJ. Medically unexplained somatic symptoms are not unexplainable, misunderstood or vague physical complaints [abstract]. Tijdschr Psychiatr 2007;49(11):835-7. Dosegljivo na:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17994502>
28. Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Primary Care Consultations About Medically Unexplained Symptoms: Patient Presentations and Doctor Responses That Influence the Probability of Somatic Intervention. *Psychosomatic Medicine*, 2007; 69:571-577.
Dosegljivo na:
<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/69/6/571>
29. Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Family Practice* 2002; 19(2): 178-182 Dosegljivo na:
<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/2/178?ijkey=3995f01f2ec56e44194f10c45d1eb65605a0bad9>
30. Chenot JF, Leonhardt C, Keller S, Scherer M, Donner-Banzhoff N, Pflingsten M, Basler HD, Baum E, Kochen MM, Becker A. The impact of specialist care for low back pain on health service utilization in primary care patients: A prospective cohort study. *European Journal of Pain* 2008; 12: 275–283
31. Ladislav Golouh: Prevalenca depresije v splošni ambulanti. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2009.